QUESTIONS TIRÉES AU SORT.

N° ~~38.~~ 7.

SCIENCES ACCESSOIRES.

Des moyens les plus efficaces pour désinfecter les cadavres dans de cas d'exhumation juridique.

ANATOMIE ET PHYSIOLOGIE.

De l'époque d'apparition de tous les points osseux des os du crane et de la face.

SCIENCES MÉDICALES.

Caractères anatomiques de l'inflammation des vaisseaux lymphatiques

SCIENCES CHIRURGICALES.

Traiter de l'ophthalmie blennorrhagique.





Thèse

Présentée et publiquement soutenue à la Faculté de Médecine de Montpellier, le 5 Avril 1841,

PAR

L.-H. DITTE,

de Metz,

Bachelier ès-Lettres, Bachelier ès-Sciences, Pharmacien Aide-Major;

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE.

MONTPELLIER,

Imprimerie et Lithographie de X. JULLIEN, place Marché aux Fleurs, 2.

1841.



A LA MEILLEURE DES MERES,

Elle mérite bien que je lui consacre le fruit de mes premiers efforts.

A MON FRÈRE

ET

A MA SOEUR,

Ils recevront avec joie ce gage de mon attachement.

A MON ONCLE

CHARLES DITTE,

Vos conseils ont toujours été ceux d'un bon père; permettez que je mette votre nom à côté de ceux qui me sont chers.

L. DITTE.

QUESTIONS TIRÉES AU SORT.

SCIENCES ACCESSOIRES.

Des moyens les plus efficaces pour désinfecter les cadavres dans les cas d'exhumation juridique.

Quand on a à procéder à une exhumation juridique, il est utile de prendre certaines précautions, pour se mettre à l'abri des exhalaisons qui s'échappent de la fosse et qui pourraient devenir nuisibles à la santé de ceux qui la font ou qui y assistent. Ainsi on recommande généralement de commencer le matin, et de très bonne heure surtout en été, d'avoir des éponges, de l'eau, des linges et du chlorure de chaux. Si la terre se trouve imprégnée de liquides exhalés du cadavre, on fera des aspersions avec une dissolution de chlorure de chaux, (30 grammes pour 2 livres) que l'on renouvellera, toutes les fois qu'on enlévera de nouvelles couches de terre, et jusqu'à ce que le cercueil soit tout-à-fait à découvert: alors il faut prendre des précautions, pour que la liqueur désinfectante ne pénétre pas dans la bière ; car, en mouillant le cadavre, elle pourrait en altérer les organes et changer la couleur des tissus avec lesquels elle serait en contact. En effet les muscles, par son action, perdent leur couleur, d'un brun rouge qu'ils étaient, pour devenir livides, verdâtres et même plus mous. Si l'on doit transporter le cadavre dans un endroit éloigné, où les expériences doivent être faites, on pourra le renfermer, sans lui imprimer de secousses, dans une double caisse en bois dont l'intérieur ne fermera qu'imparfaitement, et on mettra entre les deux une couche épaisse de chlorure de chaux sec, et de charbon en poudre, qui auraient la propriété d'absorber les liquides, et de neutraliser les miasmes qui s'échapperaient du cadavre. Mais, si l'expertise doit se faire sur les lieux mêmes, après avoir découvert le corps, on pourra le laisser un instant exposé au contact de l'air; je dis un instant; car, pendant un temps chaud, une heure seulement suffirait pour accélérer tellement la décomposition putride, que le corps présenterait bientôt un aspect complètement différent de celui qu'il offrait au moment de l'exhumation: la couleur verdâtre et violacée, la tuméfaction même, qui surviendraient

par degrés, feraient prendre, pour des lésions antérieures, des phénomènes cadavériques. Comme le but des examens, auxquels on se livre en pareil cas, est ordinairement de rechercher, si la mort n'est pas survenue à la suite d'empoisonnement, de plaies, de fractures, de contusions, etc., on ne saurait apporter trop de précautions, pour que les moyens employés ne nuisent pas aux investigations que l'on est appelé à faire. Divers moyens avaient été conseillés jusqu'aujourd'hui, pour amener la désinfection des cadavres; ainsi, on avait conseillé de les mettre préalablement dans un bain contenant de chlorure de chaux, de les arroser avec une solution de bi-chlorure de mercure, de sel marin, etc. L'acide hypo-chloreux, trouvé par M. Balard, l'acide sulfureux et sulphydrique, etc., avaient aussi été recommandés. Sans doute ces divers moyens paraissent excellents, et ne devraient pas être rejetés, s'ils n'avaient pas l'inconvénient de changer la couleur et même la nature des tissus des organes; le charbon même, employé par M. Barruel, et le noir animal de M. Payen, ne pouvant avoir d'action qu'en les appliquant sur les diverses parties du corps qu'on veut désinfecter, amènent toujours aussi des altérations.

Quels sont donc les véritables moyens de désinfection? En matière de médecine légale, il n'y en a pas d'absolus; le seul but que doivent se proposer les experts, en pareil cas, est de se préserver des exhalaisons désagréables et dangereuses. Or, après avoir placé le cadavre sur une table dressée à cet effet, on pourra faire autour des aspersions avec une solution de chlorure de chaux, et les réitérer de temps en temps, parce que l'action de cette dissolution n'est que momentanée. Si on faisait les aspersions sur le corps même, la dissolution, presque instantanément décomposée par l'acide carbonique de l'air, formerait du sous-carbonate de chaux blanc, qui adhérerait aux tissus, et y formerait une couche assez épaisse pour rendre les recherches difficiles et douteuses. Les dissolutions de chlorure de soude et de potasse, n'altérant pas aussi promptement les tissus, puisqu'elles ne déposent pas de sous-carbonate de chaux, devraient être employées de préférence, s'il y avait nécessité. Mais, en général, on devra se borner aux aspersions faites autour du cadavre, puisqu'elles suffisent pour détruire les émanations putrides qui, seules, pourraient gêner l'expert dans ses investigations.

—

ANATOMIE ET PHYSIOLOGIE.

De l'époque d'apparition de tous les points osseux des os du crâne et de la face.

Les os de la tête n'apparaissent pas tous à la même époque et mettent un temps inégal à se développer. Le maxillaire inférieur, par exemple, est remarquable par la précocité de son développement, tandis que le coronal n'a acquis le degré de perfection, dont il est susceptible, que vers la onzième ou douzième année. Il est donc indispensable de suivre l'ostéogénie de la tête dans chaque os séparément.

OS DU CRANE.

Frontal. C'est vers la quatrième semaine que le coronal commence à se montrer et à se distinguer des parties molles qui l'entourent. L'époque, à laquelle apparaissent les premiers points d'ossification, est deux mois, selon les uns, trois mois selon les autres; ils correspondent, selon la généralité des anatomistes, aux bosses surcilières, ou un peu au dessus. Quelques uns y voient le commencement des bosses frontales; de chacun de ces points, s'irradient, comme d'un centre commun, les fibres osseuses, qui doivent former les deux pièces principales de l'os. Ces deux pièces s'unissent par suture dans le courant de la première année, suture qui disparait les années suivantes, mais qui peut durer toute la vie. Les parties, les plus distantes des deux points d'ossification, sont les dernières à se développer. Suivant Scarpa la table interne ou vitrée est plutôt ossifiée que l'externe (Estor).

Occipital. On n'est pas d'accord sur le nombre de points d'ossification de cet os. Selon Meckel il y en a huit. Beclard réduit ce nombre de moitié: ses observations concordent avec celles de la plupart des auteurs qui se sont occupés d'ostéogénie. Ces quatre portions d'ossification sont regardées par quelques uns, comme formant quatre os distincts: un supérieur et postérieur, un autre antérieur et inférieur et les deux autres latéraux. Le premier point d'ossification qui apparaît est celui de l'occipital supérieur (40-42

jours); les seconds, ceux des occipitaux latéraux (vers le milieu du 2me mois); le troisième celui de la portion basilaire, ou occipital antérieur (2 mois 1/2 environ).

Sphénoïde. Il y a douze points d'ossification pour le sphénoïde: quatre pour la partie postérieure ou le sphénoïde postérieur; quatre pour la partie antérieure, ou sphénoïde antérieur; et enfin quatre pour les apophyses ptérygoïdes, et les sinus sphénoïdaux. M. Estor, d'aprés M. Geoffroy, n'admet cependant que dix points d'ossification. M. Cruveilhier les donne de la manière suivante: 1° ceux des grandes ailes ne sont distincts que du quarantième au quarante cinquième jour; 2° peu de jours après, les points des petites ailes, qui sont situés hors des trous optiques; 3° vers la fin du deuxième mois, les germes osseux du corps du sphénoïde postérieur; 4° à la fin du troisième mois, les germes du corps du sphénoïde antérieur; 5° à la même époque, les germes des ailes internes des apophyses ptérigoïdes; 6° au septième mois, d'après Béclard, et à la deuxième année d'après Bertin, les germes des cornets sphénoïdaux.

Ethmoïde. Il ne commence à se développer qu'au troisième mois de la vie intra-utérine. Il a trois points d'ossification: un pour sa partie moyenne et deux pour ses masses latérales; les cornets ne paraissent que vers l'âge de sept ans, et c'est vers la dixième ou onzième année que se forment les cellules ethmoïdales. (Estor.)

Pariétaux. Le pariétal est un des os qui passent le plus rapidement de l'état muqueux à l'état osseux; il se développe d'une manière tout à fait simple; vers le quarantième au quarante cinquième jour, de la vie intra-utérine, apparait un point d'ossification sur les fosses pariétales: de là partent en s'irradiant toutes les fibres osseuses qui forment l'os.

Temporaux, Sœmmering a dit que le temporal se développait seulement par trois points d'ossification: un pour la portion écailleuse et mastoïdienne, un pour la portion pierreuse et un pour les os du conduit auditif. M. Geoffroy Saint-Hilaire en admet un bien plus grand nombre. Il a vu l'apophyse styloïde en avoir trois à elle seule: on en trouve ordinairement cinq pour la totalité de l'os: un pour l'apophyse styloïde, un pour le temporal, et les trois autres pour les portions, écailleuse, mastoïdienne et pierreuse. Les germes de la portion écailleuse et mastoïdienne apparais-

sent de très bonne heure, vers la fin du deuxième mois; vient ensuite le germe de la portion pierreuse, et enfin ceux de l'apophyse styloïde du conduit auditif.

OS DE LA FACE.

Maxillaire supérieur Les anatomistes sont loin d'être d'accord sur le nombre et la disposition des points d'ossification du maxillaire supérieur. Selon Portal, il y en aurait deux pour le corps, un pour l'apophyse montante, et deux ou trois pour la portion palatine. Meckel a vu le maxillaire supérieur divisé en trois pièces, dont l'antérieure repond aux apophyses palatine et alvéolaire; dans la portion qui est située au devant du trou incisif, celle du milieu, à la partie moyenne de l'apophyse palatine; et la postérieure et externe à la fois, à la partie la plus reculée de cette apophyse. Breschet est d'accord avec Meckel sur ce point; il regarde le premier point d'ossification ou l'antérieur, comme étant presque toujours constant; aussi admet-il l'os incisif que l'on rencontre, il est vrai, quelquefois, mais pas aussi souvent que le prétend cet auteur. M. Cruveilher dit que le maxillaire supérieur paraît du trentième au trente cinquième jour; il rejette l'existence de l'os incisif.

Pa atin. Il se développe par un seul point d'ossification, que l'on trouve du quarante au quarante cinquième jour, au point où l'apophyse palatine se réunit à la portion verticale de l'os.

Os propres du nez. Il n'y a, pour chacun d'eux, qu'un seul point d'ossification, qui apparaît du cinquantième au cinquante cinquième jour de la conception.

Os de la pommette. Il n'y a non plus qu'un seul germe osseux. Meckel ne l'a rencontré que sur des embrions de trois mois.

Vomer. Il se développe encore par un seul point d'ossification qui paraît vers le commencement du troisième mois.

Cornets inférieurs. Ils sont les derniers os de la tête à se développer; leur point d'ossification est unique; il se montre vers le cinquième mois de la vie intra-utérine.

Maxillaire inférieur. L'os maxillaire inférieur et la clavicule, sont les deux premiers os du corps à se développer : le premier est plus gros,

à l'âge de trois mois, que tout autre os du tronc. Suivant MM. Meckel et Cuvier, il n'a jamais plus de deux pièces latérales unies ensemble sur la ligne médiane au moyen d'une substance cartilagineuse. (Estor).

Kerkring, Authenrieth, Spix, admettent un plus grand nombre de points d'ossification pour l'apophyse coronoïde, pour le condyle et la partie interne du trou dentaire postérieur; on aperçoit déjà, au troisième jour, des points d'ossification dans le bord inferieur du corps de l'os; du cinquième au soixantième, l'os est presque complétement formé; il se creuse en gouttière et se divise en alvéoles.

═

SCIENCES MÉDICALES.

Caractères anatomiques de l'inflammation des vaisseaux lymphatiques.

Les vaisseaux lymphatiques sont répandus en grand nombre, dans tous les organes et notamment dans le tissu cellulaire, qu'il constituent, selon Mascagni. A ce titre ils doivent se trouver fréquemment atteints d'inflammation dans leur portion capillaire. Doués d'une vitalité assez prononcée et chargés des mêmes fonctions absorbantes que les veines, ils sont sous l'influence d'une multitude d'agens morbifiques.

L'attention des anatomo-pathologistes a été portée néanmoins bien tard de ce côté ; aussi est-on encore loin d'avoir, sur les altérations de leurs parois, les données précises que l'on possède pour le système artériel et veineux. L'espèce d'oubli dans lequel est resté le système lymphatique, jusque dans ces dernières années, provient peut-être de l'exiguité des dimensions des parties qui le composent ; exiguité qui rend toute expérimentation difficile et augmente la peine des recherches cadavériques.

L'inflammation, dans les vaisseaux lymphatiques, peut se développer par cause directe et par cause indirecte; elle est due le plus ordinairement à l'absorption, à la surface ou à l'intérieur de nos organes, de matières dont la nature s'éloigne de celle de la lymphe. La membrane interne, ne pouvant s'habituer à leur présence, s'enflamme, puis la membrane externe et enfin une portion ou la totalité d'un ou de plusieurs vaisseaux. De nombreux faits attestent cependant que des liquides normaux ou anormaux de l'économie, peuvent circuler dans leur intérieur, sans y provoquer d'inflammation. Mascagni a vu la lymphatique de la poitrine, pleine de sang dans un cas d'épanchement sanguin de cette région. Le même auteur, ayant lié le canal thoracique, a trouvé la lymphatique du foie distendue par le fluide biliaire. Dans les cas d'ulcérations intestinales, on a rencontré plusieurs fois du pus dans les vaisseaux lactés. Il existe, au conservatoire de la faculté de médecine de Montpellier, une pièce où cette disposition est très marquée. Tout l'intestin grêle est parsemé d'ulcérations, les vaisseaux chilifères ramifiés sur ses parois sont distendus par du pus caillebotté, les glanglions

mésentériques sont tuberculeux ; mais les vaisseaux efférens ne contiennent point de matière purulente. Ce fait est susceptible de subir trois interprétations qui ont chacune quelque fondement. Le pus, qui distend les vaisseaux, peut avoir été absorbé à la surface intestinale ; il peut avoir été sécrété par les parois des vaisseaux eux mêmes ; enfin, selon la manière de voir de quelques physiologistes, son point de départ se trouverait dans les glanglions mésentériques, et il serait porté suivant un trajet inverse à celui du chyle dans la cavité de l'intestin grêle. Nous ne savons, des deux premières explications, laquelle adopter; elles sont plausibles l'une et l'autre. Quant à la troisième, la disposition valvulaire des vaisseaux lactés la refute complétement. Dupuytren a trouvé aussi du pus dans les lymphatiques d'un membre inférieur, dans lequel se trouvait un foyer purulent. Si les idées de Muller, Magendie et Breschet, sont vraies en tout point, sur la présence du pus dans les veines blanches, ce produit inflammatoire est un signe infaillible de l'adénite. L'argument, sur lequel est basée l'opinion de ces trois hommes recommandables, se puise dans l'inégalité de volume du globule purulent et du globule lymphatique, le premier étant plus grand que le dernier : mais la même différence n'existe-t-elle pas entre les globules sanguins et les globules purulens ? et il n'en est pas moins démontré que du pus est absorbé par les veines et charrié en nature par elles dans les diverses parties de l'organisme ? La mélanose, la matière encéphaloïde, et la matière colloïde, ont été rencontrées encore quelquefois circulant avec la lymphe dans les mêmes canaux.

Les caractères anatomiques de l'angioleucite sont assez tranchés, quand elle a quelque intensité. MM. Gendrin et Velpeau, sont ceux qui en ont le mieux tracé le tableau ; il est indispensable de les examiner dans l'adénite aiguë, et dans l'adénite chronique, comme l'ont fait ces deux auteurs.

CARACTÈRES ANATOMIQUES DE L'ADÉNITE AIGUE.

Lorsque les vaisseaux lymphatiques d'un membre viennent à s'enflammer, leurs fonctions se pervertissent consécutivement, la circulation de la lymphe languit, s'arrête dans le vaisseau qui se gonfle, et traduit ainsi sa disposition valvulaire; il est dur, tendu, et donne à l'exploration l'impression d'un

cordon plein, offrant des nœuds de distance en distance; quelquefois les parois cèdent à l'effort latéral du liquide qu'elles renferment, et se rupturent; il se fait un épanchement de lymphe, dans le tissu cellulaire; celui-ci ne tarde pas à s'enflammer à son tour, et distend la peau, qui est luisante et érysipélateuse. A un dégré plus avancé, les lymphatiques sécrètent de la lymphe plastique, ou du pus, selon que l'adénite est adhésive ou ulcérative; dans le premier cas, leur cavité disparait; ils sont transformés en tissu fibreux; c'est ce dont on peut se convaincre, en examinant des lymphatiques qui ont éprouvé cette inflammation; on ne parvient jamais à y faire pénétrer le mercure. Dans le second, la face interne de la tunique intérieure, se couvre de petits ulcères qui secrètent de la matière purulente, qui peut quelques fois distendre considérablement le vaisseau. M. Gendrin rapporte le cas suivant dans son histoire des inflammations: « nous avons trouvé, » dit-il, le canal thoracique enflammé sur le cadavre d'une femme morte » d'une péritonite puerpérale, et injecté pour des recherches d'angiologie. » En découvrant les gros vaisseaux, nous trouvâmes un abcès formé par » du pus blanc et très lié; cet apostème se trouvait dans le réservoir de » Pecquet, considérablement dilaté; les parois du réservoir étaient rouges » et épaissies, la membrane interne était rouge, comme ramollie ».......... Astley-Cooper parle, dans son mémoire sur la ligature du canal thoracique, d'un sujet sur lequel ce canal ne put être injecté au mercure. Le premier obstacle était formé par deux valvules ulcérées et épaissies, voisines du réservoir de Pecquet; le second avait son siége un peu plus haut, et était aussi constitué par l'épaississement et l'ulcération d'une valvule : il y avait du pus dans le canal thoracique. Indépendamment des caractères que nous venons de signaler, la rougeur et l'épaississement des parois des vaisseaux qui se dessinent le long d'un membre, par exemple, sous la forme de stries rougeâtres, on trouve la tuméfaction et la rougeur de la peau et du tissu cellulaire, qui sont disposées par plaques. C'est seulement, en prenant l'ensemble de ces conditions anatomiques, que l'on connaît l'adénite tubaire; car, examinées d'une manière isolée, elles n'ont qu'une valeur contestable. Les stries rouges et la sensation des cordons douloureux, n'appartiennent-elles pas, en effet, à la névrite? et la tuméfaction ainsi que l'aspect luisant de la peau, ne s'observent-ils pas dans l'érysipèle?

Il y a peut-être du vrai dans l'opinion de M. Blandin, sur le siége de l'inflammation érysipélateuse. Cet auteur prétend qu'elle réside dans les vaisseaux lymphatiques; il y a cependant de la différence entre l'érysipèle et l'adénite, soit que l'on interroge les symptômes rationnels, soit qu'on analyse attentivement les caractères anatomiques; et pour ne parler que de ces dernières, la marche de l'érysipèle des couches superficielles vers les couches profondes, l'uniformité de rougeur de la surface atteinte, l'engorgement général ne contrastent-ils pas assez avec les plaques rougeâtres, séparées les unes des autres, par des espaces plus ou moins grands, les engorgements partiels, les stries rouges de l'adénite?

Quand l'adénite a été assez intense pour tuer le malade, on trouve le tissu cellulaire plus ou moins infiltré de sérosité ou de matière purulente et sanguinolente; il a augmenté d'épaisseur et de densité; il est rougeâtre et traversé par des lignes d'un rouge assez prononcé. Ce sont les vaisseaux lymphatiques sur lesquels se trouvent les traces de l'adénite selon son degré d'intensité. Sous ce dernier rapport, l'inflammation des vaisseaux lymphatiques mérite d'être divisée en deux degrés. Dans le premier, les parois des vaisseaux sont le siége d'une congestion active; elles sont plus épaisses, mais sans diminution de cohésion apercevable; le tube a moins de capacité et la lymphe y circule mal. Dans le second, il y a ramollissement; les vaisseaux se déchirent, quand on veut les soulever, et il s'échappe de leur cavité une matière séro-albumineuse ou du pus louable, ou sanieux. Somme toute, l'adénite aiguë a pour caractères anatomiques : 1° stries rougeâtres; 2° engorgements partiels; 3° plaques rouges espacées; 4° tissu cellulaire infiltré de liquides lactescents, purulents, sanieux. M. Velpeau a signalé de plus la composition du sang, qui est très séreux et fluide et de couleur un peu rousse. Nous ne lui accordons pas, comme caractère, le même degré de valeur que cet auteur; car, il y a plusieurs maladies différentes dans lesquelles on a lieu d'observer une altération semblable du fluide sanguin.

La question de l'existence d'une inflammation chronique des vaisseaux lymphatiques est aujourd'hui mise hors de doute. L'induration des parois en est regardée comme le signe pathognomonique. L'observation suivante, que j'extrais du mémoire d'Astley-Cooper, sur les effets de la ligature du

canal thoracique, montre les caractères de cette inflammation. M. Andral, qui a admis l'adénite chronique (précis d'anat· path.) regarde l'état squirreux, comme n'étant autre chose que l'induration blanche de ces vaisseaux.

John Hamenet, ouvrier, agé de 22 ans, fut reçu à l'hôpital de Saint Thomas en Janvier 1795; il raconta que, cinq mois auparavant, il avait éprouvé dans le testicule une douleur qui fut suivie de gonflement. Ce gonflement avait continué jusqu'à l'époque de son entrée à l'hôpital. Il y avait sept semaines qu'il avait remarqué une tumeur située à la hauteur du nombril. Ce malade mourut; à l'autopsie on trouva les désordres suivants: Le testicule ressemble à une masse pulpeuse provenant d'un mélange de lymphe coagulable et de sérosité sanguinolente; les lymphatiques du cordon présentent un engorgement considérable; leurs tuniques sont épaissies et à des distances inégales; ces vaisseaux offrent de petites tumeurs dues à un état d'altération et de gonflement de leurs valvules; ces vaisseaux étaient entiérement oblitérés, et renfermaient une matière semblable à celle qui existait dans le testicule. Il y a dans ce fait, dont j'omets beaucoup de détails, deux maladies à distinguer: celle du testicule qui était de nature cancéreuse, selon Astley-Cooper et celle des parois des lymphatiques, qui consiste en une inflammation chronique, dont l'absorption de la matière cancéreuse avait été la cause provocatrice.

Ce qui vient d'être dit sur les conditions anatomiques de l'adénite tubaire n'est pas applicable à l'inflammation des glanglions lymphatiques. Plusieurs tissus entrent dans leur composition. Le ganglion est en effet un lacis de vaisseaux artériels, veineux et lymphatiques avec du tissu cellulaire. Or dans la ganglionite, ce n'est pas seulement un, mais la totalité de ces tissus, qui se trouve frappé; il y a à la fois artérite, adénite, phlébite et inflammation du tissu cellulaire. Quelques auteurs ont avancé que ce dernier tissu était le siège exclusif de la maladie, mais l'opinion contraire a été mise hors de doute par M. Gendrin.

Quand on examine un sujet dont les ganglions sont enflammés, on trouve toujours les désordres en rapport avec l'intensité de l'inflammation; à un degré peu avancé, le tissu des ganglions est rouge, dense et résistant. Les vaisseaux sont encore perméables, et paraissent sur les bords de l'incision, sous la forme de points rouges, brunâtres. Le tissu cellulaire

est très tuméfié; et c'est à lui qu'est due surtout l'augmentation du volume du ganglion.

Si l'inflammation s'éléve à un plus haut degré, et qu'elle ne se termine point par résolution, le tissu de la glande conglobée se raréfie ; il devient celluleux et s'infiltre des matières purulentes ; il s'établit un travail ulcératif qui procède de l'intérieur du ganglion vers la peau ; celle ci s'ulcère et laisse un libre cours au pus ; les cellules du tissu enflammé se réunissent par deux, par trois, par quatre, etc., et forment une ou deux cavités sécrétantes, qui sont bientôt recouvertes d'une membrane de nouvelle formation, et à laquelle Delpech a donné le nom de membrane pyogénique. C'est un nouvel organe sécréteur du pus, organe qui, en se rétractant, constituera plus tard l'inodule, ou le tissu de la matrice. Le tissu cellulaire voisin est rarement à l'abri de la phlegmasie ; il s'endurcit et forme uue couche épaisse qui adhère à la surface du ganglion. Quand on divise un ganglion en cet état, on le trouve ramolli, rouge ponceau, et offrant quelques épanchemens sanguins très circonscrits, qui ont leur siège dans la trame cellulo-vasculaire du ganglion, et rarement dans les cellules de nouvelle formation. Tous les vaisseaux sont oblitérés, et sont confondus les uns avec les autres, au point que le tissu enflammé a un aspect homogène ; il est mou et friable. Quand il s'est formé au centre du ganglion un abcès d'une certaine étendue, les parois en sont comme réticulées, à cause des vaisseaux qui vont de l'une à l'autre. Il est prouvé aujourd'hui que le tissu vasculaire est un de ceux qui résistent le plus à l'inflammation phagédénique, qu'il persiste long-temps intact au milieu d'un foyer purulent très considérable. Les abcès du poumon sont des preuves bien convaincantes de ce fait.

Il est assez difficile de saisir le passage de l'inflammation de l'état aigu à l'état chronique dans les glandes conglobées ; souvent les mêmes caractères anatomiques persistent sans offrir de modification notable. En général elles sont plus tuméfiées que dans la phlegmasie aiguë ; il y a plus de résistance et de dureté dans leur tissu, qui est homogène, rénitent et d'un rouge brunâtre. Selon M. Gendrin, les veines y sont à l'état variqueux; c'est à elles qu'il attribue les stries dont est parsemé un glanglion, enflammé chroniquement, que l'on déchire. L'inflammation du tissu cellulaire

environnant est plus circonscrite ; mais il a acquis une très grande densité et forme au ganglion une sorte de calotte difficile à rompre.

Il peut arriver qu'un ganglion, enflammé à l'état chronique, devienne le siège d'une inflammation aiguë nouvelle ; celle-ci est alors presque toujours suppurative; et il y a reproduction des phénomènes dont nous avons tracé la marche plus haut, en parlant de l'inflammation ulcérative aiguë du ganglion lymphatique.

L'induration du ganglion est le caractère anatomique le plus fidèle de l'inflammation chronique des glandes conglobées.

Dans ce court article de notre thèse, nous avons cherché à bien préciser ce qui appartient à l'inflammation du système lymphatique ; il nous resterait, pour le compléter, à dire quelques mots des indications thérapeutiques et à rechercher les élémens de causalité ; mais ce serait là un travail trop long pour le temps et les limites que je dois donner à mon travail.

SCIENCES CHIRURGICALES.

Traiter de l'ophthalmie blennorrhagique.

Considérations générales sur l'ophthalmie.

On ne saurait nier que la vue ne soit un des plus grands bienfaits que l'homme tient des mains du Créateur ; c'est par elle que nous distinguons, que nous connaissons tous les objets qui nous entourent, que nous pouvons jouir du brillant spectacle que la nature déploie avec tant de sagesse, de profusion et d'harmonie ; elle nous procure les sensations les plus douces, en nous rapprochant de ce qui peut flatter nos sens et nous détournant des objets qui deplaisent ; en cela elle ajoute aux délices de l'existence, en animant ce désir qui nous porte sans cesse vers le bonheur.

L'œil ou l'organe de la vue présente : 1° une partie extérieure ou plutôt un appareil, un assemblage de parties placées au dehors et au devant de celle où réside l'instrument immédiat de la sensation ; 2° une partie intérieure reculée et cachée en arrière, extrêmement sensible, produite par la substance nerveuse, et la seule que l'impression des objets sensibles puisse affecter. La première constitue le globe de l'œil, dont la struture est conforme aux lois qui réglent la propagation de la lumière et ses différentes refractions; la seconde consiste dans la rétine qui est étrangère à ces lois par son organisation et sa vitalité.

Définition. De toutes les maladies qui affectent l'organe de la vue, il n'en est pas de plus fréquente que celle qui a reçu le nom d'ophthalmie ; mais cette dénomination ne doit pas être affectée, comme l'ont fait beaucoup d'auteurs, à une seule forme de l'inflammation de l'œil ; elle nous parait au contraire devoir être admise pour une classe entière de maladies, c'est-à-dire pour l'inflammation siègeant sur une ou plusieurs parties de l'œil ; d'après cela, nous croyons pouvoir définir l'ophthalmie, un état inflammatoire

des membranes qui composent l'ensemble de l'œil, et surtout de la conjonctive et de la cornée opaque ou sclérotique.

Classification. Les nosologistes ont placé cette maladie parmi celles qui se caractérisent de douleurs, de rougeur et de spasme ; Sauvage et Linné, la placent parmi les douloureuses de la tête qui s'accompagnent de sensations pénibles, d'inflammation et de douleurs insupportables ; Cullen la confond parmi les pyrexies ; Pinel la range dans les phlegmasies muqueuses ; le Professeur Beaumès en fait un sous genre de phlogosies.

Caractères généraux de l'ophthalmie. Les caractères généraux de l'ophthalmie sont la douleur, la fluxion, la tuméfaction, la rougeur, et l'altération des fonctions de l'œil

1° La douleur, qui précède ordinairement les divers élémens qui constituent le mode inflammatoire, ne se manifeste pas constamment dans toutes les espèces d'ophthalmies; il arrive en effet quelquefois que la rougeur, l'engorgement et le trouble de la vue, existent sans que le malade ait éprouvé d'abord le moindre sentiment de douleur dans l'organe ; elle n'est pas, non plus, toujours en rapport avec le dégré et l'imminence du danger, et son siége n'est pas comstamment dans le tissu affecté; on a vu en effet des malades ne ressentir aucune douleur dans un œil enflammé, mais la rapporter à un autre point de la tête ; c'est ainsi que dans l'iritis la douleur commence dans la région sourcilière, et ce n'est que plus tard, qu'elle se propage dans l'œil même ; du reste, la douleur est non seulement relative à la cause qui a déterminé l'inflammation, mais encore elle persiste autant que le développement des vaisseaux ; ainsi elle est tantôt sourde, incommode, fatigante ; tantôt gravative, tantôt lancinante et profonde etc. ; elle peut enfin être portée à tel point, que le malade en perde l'appétit et le sommeil et tombe même dans le délire.

2° *Fluxion.* Il est des ophthalmies dans lesquelles la fluxion se fait avec une ativité extraordinaire, tandis que dans d'autres on peut suivre en quelque sorte, de l'œil, la marche lente et progressive des mouvements fluxionnaires. La connaissance de ce phénomène, disons-le en passant, ne doit point être négligée par le médecin ; car, elle lui devient extrêmement utile, relativement aux indications diverses qu'il poura être appelé à remplir.

3° *Tuméfaction.* La tuméfaction est une suite inévitable de tout mouvement fluxionnaire sur un point quelconque ; aussi l'observe-t-on dans le principe de toutes les inflammations locales ; mais avec la différence que, dans celle-ci , il y a non-seulement fluxion , mais engorgement , tandis que le plus généralement dans l'ophthalmie et dans le principe , on ne voit, par l'effet de l'irritation, que le passage des globules du sang dans les vaisseaux primitivement gorgés de lymphe et le développement anormal de ceux qui en contiennent habituellement ; ce n'est que plus tard , et lorsque l'inflammation a été vive et profonde que la tuméfaction de la conjonctive se manifeste.

4° *Rougeur.* Ce phénomène doit nécessairement succéder à la fluxion, à la dilatation des vaisseaux capillaires sanguins ; mais il importe de remarquer que cette rougeur est susceptible de variations plus ou moins sensibles dans différentes espèces d'ophthalmies, quant à son intensité, ses causes , le caractère de l'inflammation , et la partie de l'œil qui est affectée ; c'est ainsi qu'elle est bien plus vive et plus apparente dans les ophthalmies purement inflammatoires, que dans celles connues sous le nom de catarrhales; elle l'est aussi beaucoup plus chez les personnes douées d'une santé parfaite, que chez celles qui sont sous l'influence d'une diathèse scrophuleuse, scorbutique etc. On a vu aussi des cas dans lesquels ce phénomène ne s'est manifesté que quelque temps après que les parties ont été soumises au travail inflammatoire , et que ce travail a obtenu un certain degré : mais il est évident qu'ici l'apparition de la rougeur était moins un symptôme caractéristique de l'affection qu'une conséquence de l'inflammation elle-même ; ce n'était , je le crois du moins ainsi , qu'un mouvement fluxionnaire passif, d'ailleurs peu dangereux.

5° *Altération des fonctions de l'œil.* C'est le signe le plus constant et le plus positif de ceux qui caractérisent l'ophthalmie ; on ne saurait en effet concevoir une inflammation des organes visuels, quelque légère qu'elle soit , sans que la vue ne soit troublée; et ce trouble est toujours en rapport avec l'intensité de l'état phlogistique et l'importance de la partie malade.

Celui, qui étudie avec soin le développement et la marche des phénomènes, que je viens de passer rapidement en revue , ne doit guère être exposé ,

ce me semble, à commettre des erreurs de diagnostic ; cependant il se tromperait fort, s'il croyait que son attention doit se borner à la connaissance de ces mêmes phénomènes ; il lui importe aussi de ne pas oublier, que l'importance et la sympathie de l'organe malade avec les autres parties du corps, sont trop grandes pour que toute l'économie n'en éprouve pas un retentissement plus ou moins profond ; il devra donc s'occuper aussi de l'état général du sujet, afin d'apprécier, d'une manière plus sure, les diverses indications qui pourront se présenter.

Causes. Les causes de l'ophthalmie peuvent être externes ou internes. Parmi les premières, on doit compter le passage subit d'une température chaude dans une autre froide, l'action d'un vent froid et humide, ou chargé de petits grains sablonneux, l'exposition à une lumière très vive, directe ou refléchie, comme on le voit chez ceux qui travaillent le verre, chez les forgerons, ou chez les habitants des pays long-temps couverts de neige, l'application de corps trop chauds, ou trop froids sur les yeux, le dégagement des vapeurs acides ou alcalines, la fumée de tabac, les exhalaisons putrides animales ou végétales, et d'autres plus communes, telles que les coups, les chutes qui peuvent atteindre les yeux, les piqûres, les corps étrangers, le renversement d'un ou plusieurs poils des cils, etc.

Les causes internes sont la suppression d'une hémorrhagie habituelle, telles que les menstrues, les hémorroïdes, l'épistaxis ; la répercussion des dartres, de la gale, d'un exanthéme, de la goutte, le transport sur l'œil de la matière gonnorrhoïque ; un violent accès de colère ; il en est encore d'autres qui dépendent de l'age, du tempérament, de l'idiosyncrasie, d'un embarras gastrique, d'une fièvre intermittente larvée, du travail de la dentition, de la grossesse, d'une nourriture trop succulente, de l'abus des liqueurs spiritueuses, de l'habitude, de l'hérédité, etc.

Division. Les auteurs, qui ont traité des maladies des yeux, ont divisé l'ophthalmie de diverses manières.

Hoffman la distingue en légère, grave et très grave ; (*est verò ophtalmia, vel levior, vel gravior, vel etiam gravissima.*) Maître Jean et St.-Yves, la divisent en séche et humide, selon que les larmes coulent ou sont suspendues.

Scarpa, se fondant sur la marche et les phénomènes de l'ophthalmie,

trouve qu'elle peut être divisée en bénigne et en maligne, aiguë et chronique.

D'autres auteurs ont reconnu des ophthalmies *idiopathiques*, c'es-à-dire, celles qui proviennent de causes externes, telles sont les ophhtalmies traumatiques qui atteignent des sujets sains d'ailleurs, les ophthalmies *sympathiques*, qui sont causées et entretenues par quelqu'autre affection, et enfin, les ophthalmies symptômatiques, c'est-à-dire celles qui servent à caractériser une autre maladie, telles sont les ophthalmies morbilleuses, scarlatineuses, etc. enfin, on les a divisées en épidémiques, endémiques, sporadiques, en externes et internes, etc.

Mais toutes ces distinctions ne me paraissent offrir qu'un intérêt infiniment secondaire; car, elles ne répondent qu'en très-peu de points aux exigeances d'une division rationnelle; s'il m'était permis d'en établir une, je préférerais la baser sur le degré de vitalité de l'organe et sur le caractère de l'inflammation; ainsi, je reconnaîtrais : 1° une *ophthalmie purement inflammatoire*, c'est-à-dire, celle dans laquelle le sujet, jouissant de la santé la plus parfaite, et se trouvant affranchi de toute affection diathésique ou autre, présenterait l'image la plus compléte et la plus pure de l'inflammation franche; 2e une *ophthalmie nerveuse*, caractérisée par la prépondérance et l'activité excessive du système nerveux et la manifestation d'une douleur qui n'est nullement en rapport avec les autres symptômes. C'est principalement dans cette espèce qu'elle est violente, pongitive, ardente, ou avec élancement et prurit, que l'impatience de la lumière (photophobie), et le trouble des fonctions, sont portés au plus haut degré, tandis que la rougeur, l'engorgement et la température, sont très-peu prononcés; 3° une ophhtalmie passive qui serait produite et entretenue par un état adynamique, et dont les symptômes seraient peu intenses; 4° une des ophthalmies diathésiques, ou celles qui seraient sous la dépendance d'une diathèse quelconque : comme la diathèse scorbutique arthritique, rhumatismale, scrophuleuse, etc.; 5° des ophthalmies spécifiques qui seraient occasionnées et entretenues par un virus particulier, tel que le virus varioleux, syphilitique etc; 6° enfin des ophthalmies épidémiques, c'est-à-dire celles qui seraient causées par la variation ou la viciation de l'air athmosphérique.

Telle est, MM. les Professeurs, la division que j'ai pris la liberté d'établir et qui me semblerait propre à embrasser les diverses espèces d'ophthalmies qui ont été décrites jusqu'à ce jour ; je ne la livre qu'avec réserve à vos sages lumières, persuadé que, si elle vous parait peu fondée, vous n'en rendrez pas moins justice à l'intention que j'ai eu de bien faire.

Mon objet, n'étant point de m'arrêter à décrire chaque espèce d'ophthalmies, ni d'exposer le traitement qui leur convient, afin de ne pas m'éloigner de mon sujet, je vais traiter de suite de l'ophthalmie blennorrhagique.

DE L'OPHTHALMIE BLENNORRHAGIQUE.

De sa Division, de ses Symptômes et de son Traitement.

Il est généralement reconnu que la blennorrhagie oculaire ou l'ophthalmie blennorrhagique est une maladie de mauvaise nature, contre laquelle on doit se hâter d'employer les moyens les plus propres à la combattre ; le tatonnement et l'incertitude seraient suivis le plus souvent, ainsi que le dit avec forte raison M. Ricord, de la perte des yeux (1), plus commune chez l'homme que chez la femme, et relativement bien plus fréquente chez les enfants, immèdiatement après la naissance, que chez l'adulte ; elle se déclare d'une manière subite, imprévue, n'affectant assez ordinairement qu'un seul œil, bien que les deux soient souvent pris, surtout chez les enfants, et cela, parce que les deux yeux ont été également en contact dans l'accouchement, avec les parties génitales de la femme humectées par la matière blennorrhagique.

La plupart des syphiliographes modernes, entr'autres MM. Ricord et Baumès, ne veulent reconnaître d'autres ophthalmies blennorrhagiques que celle qui est produite par l'action immédiate et directe du virus blennorrhagique ; ils ne peuvent pas comprendre, et à cause de cela ils nient qu'il puisse y avoir des ophthalmies dues à l'action des sympathies qui existent entre les organes génitaux et les yeux. Cependant on trouve dans des ouvrages

---

(1) Ricord, traité pratique du mal vénér., p. 758.

très-estimés d'ailleurs, qu'il est des ophthalmies, qui coïncident avec la suppression d'un écoulement blennorrhagique, ou qui sont la conséquence de cet écoulement supprimé; c'est, comme le dit Lagneau, une vraie métastase de la phlegmasie uréthrale sur l'un ou l'autre œil, ou sur tout les deux à la fois (1). Il y a sans doute de notre part un peu trop de témérité de combattre l'opinion de deux hommes si haut placés dans la science, et spécialement pour ce qui regarde les maladies syphilitiques; cependant, comme la médecine est une république, ainsi que le dit Sarcone, dans laquelle chacun a le droit d'émettre son opinion, je me permettrai de leur faire observer que, quoiqu'on ne puisse pas comprendre le jeu vraiment magique de certaines sympathies, il ne s'en suit pas qu'on doive les nier; que si, comme je n'en doute pas, ils admettent cette espèce de phénomène vital dans un grand nombre de cas, je ne vois pas pourquoi ils le rejetteraient pour celui dont je m'occupe. Est-ce que le transport métastatique de la matière blennorrhagique sur les yeux a quelque chose de plus surprenant que ceux que l'on a pu observer dans une foule de maladies où rien ne les faisait présager? D'ou vient, et comment est portée la nature critique et métastatique qui va se fixer précisément sur la région parotidienne dans la fièvre maligne? Par quelles voies, par quelles puissances sont opérées d'autres jetées purulentes, qui se font du dedans au-dehors, ou du dehors en-dedans dans quelques maladies? Que ceux, qui sont habitués à n'expliquer les phénomènes du corps vivant, que par des connaissances purement anatomiques, ne veuillent point admettre ce consensus, cette harmonie qui lient nos organes, consensus que les plus grands médecins, depuis Hippocrate jusqu'à nos jours, ont reconnu, nous le concevons sans peine, pour nous qui croyons nous baser sur des analogies tirées de faits-pratiques. Nous n'hésiterons pas à admettre une ophthalmie blennorrhagique métastatique, et en nous conduisant ainsi, nous croyons être beaucoup plus dans le vrai. D'ailleurs, ne voit-on pas d'avance, les conséquences funestes qui peuvent résulter, de l'opinion que nous combattons. Supposez qu'un individu, affecté d'une blennorrhagie, soit subitement atteint d'une ophthalmie catarrhale, il peut arriver que l'écoulement uréthral diminue ou cesse complèt-

(1) Lagneau, traité de maladie. syphil., 6me édit., tom 1, p. 116.

tement, que les douleurs deviennent très-vives, que tous les phénomènes de cette espèce d'ophthalmie soient plus intenses que ceux que l'on observe ordinairement chez les personnes qui sont à l'abri de tout écoulement blennorrhagique, et que les moyens qu'on lui oppose, ne produisent pas les effets avantageux que l'on obtient chez ces derniers. D'où vient donc une différence si sensible? pourquoi le malade éprouve-t-il une douleur insolite? pourquoi encore des résultats thérapeutiques si contraires? croyez-vous que M. Ricord et ses partisans, vous tireront d'embarras et vous fixeront d'une manière positive et consolante, pour ce qui regarde le diagnostic et le pronostic? Qu'on prenne la peine de lire ce qu'a écrit cet auteur, dans son ouvrage sur les maladies vénériennes, pag. 759 « Du reste, des » ophthalmies catarrhales ordinaires peuvent se développer pendant le cours » d'une blennorrhagie uréthrale, comme dans toute autre circonstance, » et rendre alors le diagnostic *obscur, ou même impossible*, attendu qu'il » n'y a de différence entre l'ophthalmie catarrhale simple et l'ophthalmie » blennorrhagique vénérienne, que dans la cause bien souvent difficile » à apprécier et dans les conséquences plus graves de cette dernière». Je me dispense à dessein de tout commentaire sur ce passage, qu'il me suffise de faire remarquer seulement qu'on ne peut arriver que là, quand on veut, dans de bonnes intentions d'ailleurs, rendre la science plus facile et se dispenser d'interprêter les faits par un travail intellectuel un peu plus pénible.

Je crois en avoir dit assez, pour démontrer qu'il n'est pas déraisonnable d'admettre l'ophthalmie blennorrhagique par métastase, quoiqu'il ne nous soit pas facile de comprendre comment elle s'effectue; et je termine cette réfutation, que je soumets à mes juges dans l'intention d'être éclairé par leur bienveillantes et judicieuses observations, en déclarant que, si j'étais consulté pour un malade qui aurait déjà une blennorrhagie et chez lequel il se manifesterait une ophthalmie catarrhale pénible, douloureuse, dont le diagnostic deviendrait *obscur* ou même *impossible*, je ne me contenterais pas de la traiter, comme je le ferais, s'il n'avait jamais été atteint de blennorrhagie.

L'ophthalmie oculaire pourra donc avoir lieu, non seulement par le contact immédiat du virus blennorrhagique, mais encore par une vérita-

ble métastase ; elle pourra aussi se déclarer chez un enfant qui naîtra d'une mère atteinte d'une syphilis constitutionnelle, sans qu'il existe chez elle aucune espèce d'écoulement blennorrhagique. D'après cela, on peut être fondé à reconnaître, d'après le mode de transmission : 1° une ophthalmie blennorrhagique par contact immédiat; 2° une ophthalmie métastatique ; 3° une ophthalmie constitutionnelle ou héréditaire ; passons maintenant aux symptômes qui caractérisent l'ophthalmie blennorrhagique.

Symptômes. Disons d'abord que les symptômes de l'ophthalmie blennorrhagique sont ceux d'une inflammation aiguë très intense, qu'elle diffère des autres espèces par l'abondance de l'écoulement, par la couleur jaune ou verdâtre de celui-ci, par le gonflement extrême de toute la conjonctive, par la rapidité de sa marche, et par les effets qui sont le plus souvent funestes.

Elle s'annonce par une vive cuisson, une douleur pongitive très pénible dans les paupières ou dans le globe de l'œil même, le malade se plaint bientôt d'une céphalalgie plus ou moins intense, l'impression de la lumière la plus faible lui devient insupportable et redouble ses souffrances, les paupières se tuméfient et leurs bords se rapprochent, de manière qu'on a souvent assez de difficulté à les séparer ; lorsqu'on y est parvenu, on voit la conjonctive palpébrale et oculaire, engorgée, boursouflée et formant un bourrelet autour de la cornée transparente, bourrelet que les auteurs considérent comme caractéristique de cette espèce d'inflammation ; la matière sécrétée, de limpide qu'elle était dans le principe, devient bientôt jaune ou verdâtre, et détermine par son acreté et par son contact avec la peau des joues et du nez un prurit très incommode. La phlegmasie faisant des progrès de plus en plus rapides, la cornée transparente acquiert un développement excessif ; elle se couvre le plus souvent de taies ou de nuages plus ou moins apparens, les tissus se ramollissent, des abcès se forment et s'ouvrent bientôt après, l'iris sort par ces points ulcérés les humeurs s'écoulent et le malade est frappé d'une cécité irrémédiable; en même temps des symptômes généraux, dont il faut aussi s'occuper, se déclarent ; ainsi on trouve la peau séche et brulante, le pouls fréquent et dur ; l'agitation est extrême ; une insomnie cruelle tourmente sans cesse le malade; et quelquefois du délire, surtout si les deux yeux sont affectés en même temps, ce qui est assez rare chez l'adulte.

Je viens de présenter l'ensemble des phénomènes de l'ophthalmie blennorrhagique dans son plus haut degrè de gravité ; mais , heureusement pour les malades , les choses ne se passent pas toujours ainsi ; ce qui doit vraisemblablement tenir à ce que le virus blennorrhagique avait déjà perdu de son activité ou bien de ce que le traitement le plus actif et les soins de propreté , si utiles dans cette affection, ont été employés dès le début ; on conçoit qu'alors , la marche de la maladie soit moins rapide , les symptômes moins pénibles et moins alarmans , et l'espoir d'obtenir la guérison bien plus certaine.

L'ophthalmie purulente blennorrhagique des nouveaux nés parait, peu de jours après la naissance ; elle offre, à peu de choses près , les mêmes symptômes , la même marche rapide , et les mêmes terminaisons funestes que chez l'adulte. On peut donc lui appliquer les mêmes considérations qui précèdent , en faisant la part , d'ailleurs , de l'âge, de la délicatesse des organes, de la constitution , etc. (1) Toutefois , comme la ressemblance avec l'ophthalmie purulente non virulente pourrait en imposer , il conviendra , pour rendre le diagnostic moins difficile , de s'informer d'abord de toutes les circonstances qui ont précèdé le développement de cette dernière espèce ; portant ensuite notre attention sur l'organe malade, nous n'aurons pas de la peine à reconnaître que, quoique la quantité de la matière purulente soit souvent très abondante , la douleur et les autres élémens de l'inflammation sont bien moins pénibles que les nuages de la cornée et les abcès sont beaucoup moins fréquents ; enfin , et cette circonstance doit être prise en grande considération , on pourra remarquer que les enfans affectés sont à peu près tous sous l'influence d'une diathèse scrophuleuse et présentent souvent des éruptions sur les tégumens du crâne ou du front.

Les auteurs décrivent encore une autre espèce d'ophthalmie qui présente, au premier aspect, de très grands rapports avec l'ophthalmie blennorrhagique à cause de sa rapidité, de la marche, de l'intensité de ses symptômes , de ses résultats , d'une longue irritabilité des yeux, après la terminaison de l'inflammation , et plus particulièrement enfin , de sa nature contagieuse ; je veux parler de l'ophthalmie d'Egypte, que l'on a tour

---

1) Beaumès.

à tour regardée comme dépendant des causes locales épidémiques, ou comme provenant de la suppression subite d'une gonnorrhée, ou de l'application de l'écoulement blennorrhagique sur les yeux. Cependant, si l'on réfléchit aux circonstances sous l'influence desquelles elle s'est déclarée, si l'on fait attention, ainsi que nous le disent M. Vetch, Edmonstone et le baron Larrey, que l'inflammation débute d'abord par la paupière inférieure, que le malade éprouve une sensation pénible de poussière ou de sable qui roule dans les yeux, sensation qui, tout en indiquant la maladie, prend de l'accroissement, est remarquable par des exacerbations et des rémissions qui arrivent tous les soirs ou le matin de bonne heure; que l'abondance du pus est bien plus considérable que dans toute autre espèce d'ophthalmie purulente, il sera permis, je crois, d'arriver à des données assez positives pour ne pas les confondre.

Traitement. Ce que nous avons dit de l'activité de l'inflammation blennorrhagique des yeux, et des effets funestes qui en sont souvent la conséquence, doit faire pressentir combien il est urgent de recourir aux médicaments les plus actifs; le premier principe à poser, dans le traitement de l'ophthalmie blennorrhagique, dit avec juste raison M. Ricord, c'est la rapidité et l'énergie des moyens à employer comme pour bien d'autres inflammations spécifiques dont les progrès sont rapides et fâcheux; il importe donc de mettre immédiatement en usage les dérivatifs et les révulsifs les plus capables de modérer et de détruire le mouvement fluxionnaire qui menace les organes visuels.

Pour atteindre ce but, les auteurs ont proposé, depuis bien long temps des remèdes qui, quoique très rationnels, n'ont pas toujours produit les résultats qu'on en attendait; cela ne proviendrait-il pas en partie de ce qu'ils les ont indiqués sans ordre et sans méthode, ou plutôt de ce qu'ils n'ont pas eu assez d'égard aux regles qu'il importe d'observer dans leur administration; on peut lire ce qu'a écrit à ce sujet M. Ricord, dans son ouvrage sur les maladies vénériennes, et l'on se convaincra bientôt qu'indépendamment de ce qu'il ne dit rien relativement aux cas qui peuvent reclamer plutôt les dérivatifs que les révulsifs et vice versa, il ne fait mention de ces derniers que d'une manière presque insignifiante nous allons nous appliquer à éviter ce reproche, en nous conformant aux idées médicales de l'immortel Barthez, bien persuadé

qu'elles sont les seules qui puissent nous guider, comme il convient, dans le traitement des maladies.

Supposons d'abord une ophthalmie chez une adulte, determinée par le contact immédiat du virus blennorrhagique, l'inflammation n'est pas très intense les douleurs ne sont pas très vives, en un mot rien n'indique qu'elle puisse être portée au point d'inspirer de crainte pour l'organe de la vision; dans ce cas, indépendamment de soins de propreté, et de la nécessité de placer le malade à l'abri de la lumière, les révulsifs tels que les pédiluves sinapisés, la saignée du pied, les lavemens purgatifs, nous paraissent devoir être d'abord mis en usage, tant pour détourner ou modérer les mouvemens fluxionnaires que pour favoriser l'action des dérivatifs qu'il faudra d'abord employer, lorsqu'on verra que la fluxion est accomplie; parmi ces derniers, les sangsues méritent, sans contredit, la préférence; on pourrait aussi dans les mêmes vues placer un vésicatoire derriére l'oreille, ou la nuque, surtout si l'on reconnaissait chez le malade une diathèse scrophuleuse; quand on s'aperçoit que l'inflammation commence à diminuer, il faut s'assurer, s'il est nécessaire d'avoir recours à la cautérisation, pour en hater, si on ne le jugeait pa, necessaire, le plus promptement possible la résolution; l'eau végéto-minérale et le sulfate de zinc, seuls, pourraient suffire pour atteindre ce but; ou insisterait en même temps sur les révulsifs intestinaux autant qu'on le jugerait convenable et on terminerait enfin par les anti syphilitiques les plus appropriés, si l'on craignait que l'infection fut devenue générale.

Mais si, au lieu d'être peu intense, comme nous venons de le supposer, l'inflammation marchait avec beaucoup d'activité et occasionnait au malade de douleurs vives et profondes, il ne faudrait pas balancer à pratiquer une saignée de bras, en même temps qu'on appliquerait un certain nombre de sangsues sur les points que j'ai déjà indiqués, sans préjudice des pédiluves, des lavemens purgatifs et des potions laxatives; on en viendrait ensuite à l'emploi d'un moyen perturbateur recommandé par St. Yves, Scarpa, Wesler et presque tous les chirurgiens; je veux parler de la cautérisation et des injections faites avec le nitrate d'argent; l'expérience a si pleinement justifié les éloges qu'on a prodigués à ce médicament, surtout contre les ophthalmies purulentes, que l'homme de l'art se rendrait coupable, s'il négligeait d'y avoir recours; par la cautérisation, ou bien par les injections, quand la première

offre trop de difficulté, on substitue une maladie franche à une affection d'un caractere facheux, on détermine en quelque sorte une affection semblable en apparence, qui en remplace une autre plus grave, et l'on arrive souvent à des résultats, on ne peut pas plus satisfaisants ; toutefois, il ne faudrait pas oublier que l'action de la pierre infernale est d'autant plus prompte que son application se fait sur des surfaces lubréfiées par une humeur quelconque; aussi, importe-t-il de faire ces opérations avec beaucoup de ménagemens; et dès que l'on a terminé, faut-il s'empresser de faire des lotions avec de l'eau froide, pour préserver les parties qui ne sont pas encore enflammées. Dans le cas où il y aurait de la photophobie, l'extrait de belladone sur l'orbite ou aux tempes, pourrait être employé avec avantage. Outre les dérivatifs dont j'ai déjà parlé, on a encore proposé de passer un seton à la nuque (Ricord), ou bien un morceau de potasse caustique (Baumès) ; ces deux agens peuvent être, sans doute, de quelque utilité ; mais on sait que leur action est lente ; et ici, il nous faut des moyens qui agissent promptement ; aussi, donnerai-je la préférence aux vésicatoires, me réservant d'y avoir recours, si la maladie tendait à devenir chronique.

Dans ces derniers temps, M. Sanson, pénétré de l'inéficacité de tous les traitements vulgairement mis en usage, a proposé et pratiqué l'excision de toute la conjonctive avec le plus grand succès ; d'autres praticiens assurent aussi qu'ils en ont obtenu de très bons résultats. Je n'ai pas assez de faits pour me prononcer aujourd'hui sur les avantages ou les inconvénients d'une pareille opération; cependant il me semble qu'elle pourrait être conseillée dans les cas où les autres moyens, ayant été impuissants, on aurait lieu de craindre que l'œil ne fut bientôt détruit ; enfin, et quoiqu'en dise M. Ricord, on doit chercher à ramener ou du moins à raviver l'écoulement blennorrhagique, comme le conseille M. Baumès et autres, non par l'introduction, dans le canal de l'urètlre, de nouvelle matière blennorrhagique, mais bien par des bougies ointes ou non de corps gras excitans ou par des injections irritantes, ou dans tous les cas, par un moyen fort inoffensif en lui-même, l'application de cataplasmes très-chauds autour du pénil et l'injection même d'eau chaude dans le canal (1).

---

(1) Beaumès.

Telles sont, MM. les professeurs, les recherches auxquelles j'ai dû me livrer, pour traiter de l'ophthalmie blennorrhagique ; il est bien difficile de donner quelque chose de neuf sur une matière que tant d'autres ont approfondie ; je n'ai pu que glaner, après des hommes très-respectables ; je serai satisfait, si vous daignez sourire à des efforts qui n'atteindraient jamais leur but sans votre indulgence.

FIN.

FACULTÉ DE MÉDECINE
DE MONTPELLIER.

Professeurs.

MM. CAIZERGUES, DOYEN.	*Clinique médicale.*
BROUSSONNET.	*Clinique médicale.*
LORDAT, *Examin.*	*Physiologie.*
DELILE.	*Botanique.*
LALLEMAND, PRÉSIDENT.	*Clinique chirurgicale.*
DUPORTAL.	*Chimie médicale et Pharmacie.*
DUBRUEIL.	*Anatomie.*
DELMAS.	*Accouchements.*
GOLFIN.	*Thérapeutique et Matière médicale.*
RIBES,	*Hygiène.*
RECH.	*Pathologie médicale.*
SERRE.	*Clinique chirurgicale.*
BÉRARD.	*Chimie générale et Toxicologie.*
RENÉ.	*Médecine légale.*
RISUENO D'AMADOR.	*Pathologie et Thérapeutique générales*
ESTOR.	*Opérations et Appareil.*
BOUISSON.	*Pathologie externe.*

Professeur honoraire : M. AUG.-PYR. DE CANDOLLE.

Agrégés en Exercice.

MM. VIGUIER.
BATIGNE.
BERTRAND.
BERTIN.
DELMAS FILS.
VAILHÉ.
BROUSSONNET FILS.
TOUCHY.

MM. JAUMES.
POUJOL, *Examinateur.*
TRINQUIER.
LESCELLIÈRE-LAFOSSE.
FRANC.
JALLAGUIER, *Examinateur.*
BORIES.

La Faculté de Médecine de Montpellier déclare que les opinions émises dans les Dissertations qui lui sont présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs ; qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.